

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	81914035	\$404.000	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000224809	LUNA SOFIA MARENTES BELTRAN		diagonal 51 A sur #25-76	3176022674	lunasofia0911@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	81914035	10
					TOTAL A PAGAR
					\$404.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000224809	MARENTES BELTRAN LUNA SOFIA	59	0		N																			25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	LUNA SOFIA MARENTES BELTRAN		Número de Documento:	1000224809	
Correo Electrónico:	lunasofia0911@gmail.com		Número Telefónico:	3176022674	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	Cargo:	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4038-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480
Perfil:	AUXILIAR DE LABORATORIO				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L07UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MARICHUELA	150	0	9430	\$1414500	80.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1414500	UN MILLON CUATROCIENTOS CATORCE MIL QUINIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-02			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 1867140	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 2829000	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 3726300	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 290880	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 1527660	2773
6	2024-12-31	2025-01-20	6	\$ 1344420	26

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-09	7	\$ 622380	2962
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1414500	
2		MARZO		\$ 1301340	
3		ABRIL		\$ 1471080	
4		MAYO		\$ 1414500	
5		JUNIO		\$ 1301340	
6		JULIO		\$ 1414500	
7		AGOSTO		\$ 1357920	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1357920	
9		OCTUBRE		\$ 1584240	
10		NOVIEMBRE		\$ 1471080	
11		DICIEMBRE		\$ 1414500	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5261940		\$ 17469720		\$ 15502920	\$ 1966800
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1). Prestar servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de laboratorio clínico acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	-Realizar actividades en el área de Laboratorio Clínico o toma de muestras de acuerdo a las necesidades del servicio, ingresar muestras, tomar muestras, centrifugar, montar, distribuir, entre otras.		-Ingreso de los solicitudes en el sistema, diferentes formatos que se manejan en el laboratorio correctamente diligenciados.	
2	2). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de laboratorio clínico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Adherencia a los formatos, guía, procesos y procedimientos del laboratorio clínico, diligenciamiento de los consentimientos informados de los pacientes.		-Formato de consentimientos informados.	
3	3). Alistamiento de los insumos necesarios para realizar la toma de muestras en el laboratorio clínico.	-Toma de muestras, montaje, distribución, embalaje, de acuerdo al manual, y los procesos establecidos.		-Formato de consentimiento informado de toma de muestras.	
4	4). Realizar la toma de muestras para análisis en el laboratorio clínico de la Subred Sur según orden médica así como aplicar los manuales de toma y transporte de muestras a fin de garantizar las condiciones óptimas de procesamiento.	-ingresar al sistema del laboratorio clínico todas las muestras tanto de consulta externa como de urgencias y hospitalización y halando la información de Dinámica gerencial.		-Ingresos de solicitudes en el sistema del laboratorio clínico COMPRONET.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5) Alistar, clasificar y distribuir las muestras biológicas para cada una de las secciones del laboratorio	-Realizar el montaje y distribución de muestras para cada sección del laboratorio.	-Formatos de entrega de turno.
6	6). Ingresar en el sistema de informacion del laboratorio clinico, los datos de pacientes atendidos y/o muestras recepcionadas, simultanea o inmediatamente despues de su realizacion, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	-Buscar muestras, distribuir muestras, llenar formatos, llamar a los servicios, desplazarse hasta el servicio cuando lo solicita la bacterióloga.	-Diferentes formatos de laboratorio.
7	7) Dar aplicacion a la orientaciones, recomendaciones y solicitudes que realice el profesional de bacteriologia.8) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Alistamiento de todos los insumos necesarios tanto para la toma de muestras como para las diferentes actividades que se realizan en la toma o procesamiento de muestras.	-Formatos diligenciados de consentimientos informados, planillas de recepción de muestras.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior		\$ 1471080
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81914035	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 208900	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 163200	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 31900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 404000	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488440861596	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LUNA SOFIA MARENTES BELTRAN		2024-12-13 09:43:18		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-12-14 21:47:34		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-15 13:43:31		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-17 15:40:12		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

5

6

7

8

9

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Sí

No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL SURA1000224809 CTO 4038-2024.pdf	ARL SURA1000224809 CTO 4038-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades febrero 2024.pdf (Archivado)	Informe de Actividades febrero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro febrero 2024.pdf	cuenta cobro febrero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta marzo-contrato No.4038-2024.pdf	cuenta marzo-contrato No.4038-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	certificado curso SARLAF.pdf.crdownload	certificado curso SARLAF.pdf.crdownload	Proveedor	Descargar	Detalle
	CURSO SARLAF.pdf (Archivado)	CURSO SARLAF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta abril-contrato4038-2024.pdf	cuenta abril-contrato4038-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro mayo-contrato 4038-2024.pdf	cuenta cobro mayo-contrato 4038-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro junio-contrato 4038-2024 luna sofia marentes beltran.pdf	cuenta cobro junio-contrato 4038-2024 luna sofia marentes beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro julio contrato 4038-2024 luna Sofia Marentes Beltran.pdf	cuenta cobro julio contrato 4038-2024 luna Sofia Marentes Beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro agosto contrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	cuenta cobro agosto contrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro septiembre copntrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	cuenta cobro septiembre copntrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta cobro octubre-contrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	cuenta cobro octubre-contrato 4038-2024 Luna Sofia Marentes Beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro noviembre contrato 4038-2024 luna sofia marentes beltran.pdf	cuenta de cobro noviembre contrato 4038-2024 luna sofia marentes beltran.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo